

# 1 Epidemiologie depressiver Störungen

*Maya Steinmann, Birgit Watzke, Claudia Lehmann, Martin Härter*

## Einleitung

Depressionen<sup>1</sup> sind mit einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 10,7 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung sehr weit verbreitet und zählen damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004). Sie sind in der Regel mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid, einer hohen Krankheitslast und starken Beeinträchtigungen verbunden (WHO 2001). Depressive Störungen stellen für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar und sind – aus ökonomischer Perspektive – mit stark erhöhten direkten sowie indirekten Kosten verbunden (Von Korff 1997). Mittels detaillierter Schätzungen lässt sich prognostizieren, dass die mit Depressionen einhergehende Krankheitslast in den nächsten 20 Jahren weiter zunehmen und dass depressive Störungen nach kardiovaskulären Erkrankungen die zweitwichtigste Ursache für Beeinträchtigungen und frühzeitiges Versterben in den wirtschaftlich entwickelten Ländern darstellen werden (WHO 2001).

Im vorliegenden Beitrag wird zunächst ein Überblick zur Prävalenz depressiver Störungen und zu Risikofaktoren für das Vorliegen einer Depression gegeben. Im Anschluss daran wird die Auftretenshäufigkeit von Depressionen über die Lebensspanne detailliert beschrieben. Darüber hinaus wird die Frage untersucht, ob die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat.

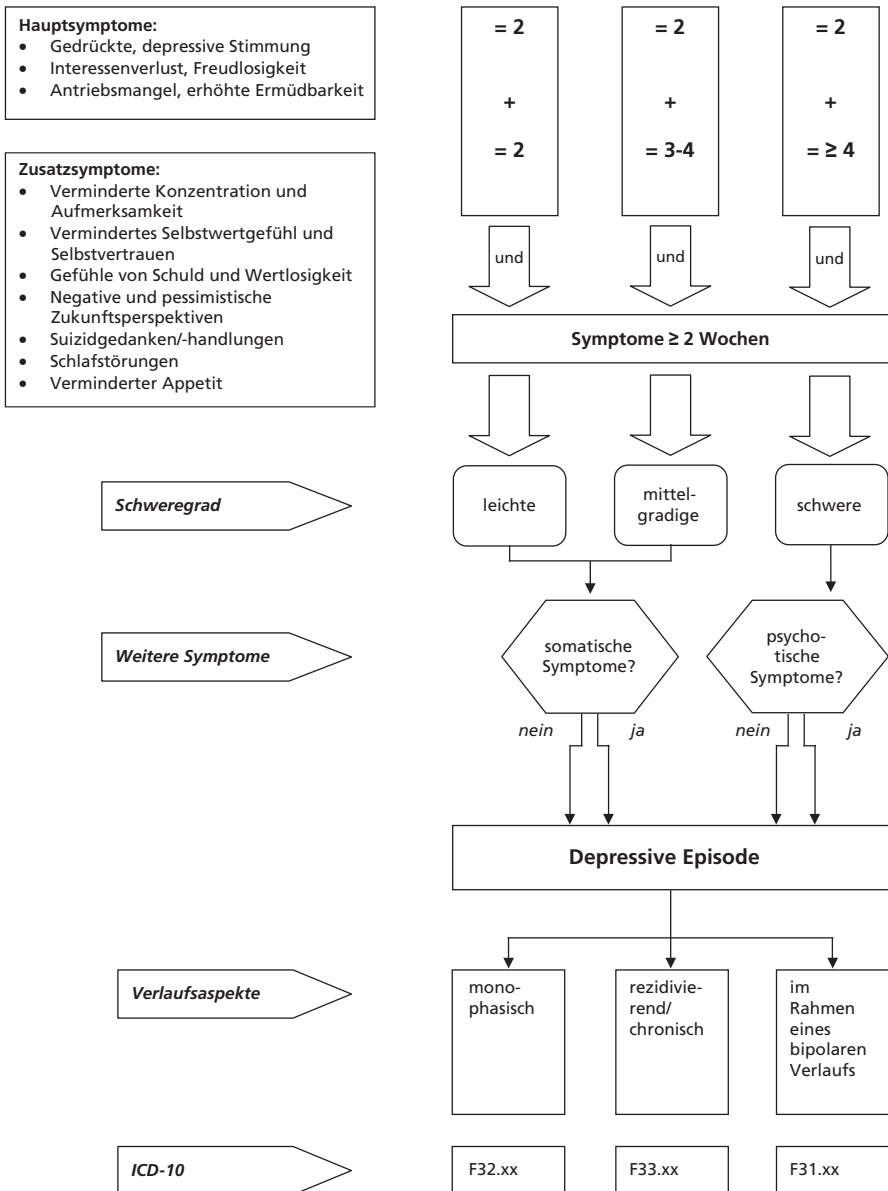
## Klassifikation und Diagnostik depressiver Störungen

Depressionen werden den affektiven Störungen zugeordnet, zu denen sowohl depressive als auch manische bzw. bipolare Störungen zählen. Depressionen können nach den Kriterien der Klassifikationssysteme des ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. überarb. Aufl.) (WHO 1992) und des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Aufl.) (APA 1994) diagnostiziert werden. Zu den Hauptsymptomen depressiver Störungen gehören gemäß ICD-10 gedrückte Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit sowie ein verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit (► **Abb. 1.1**). Des Weiteren kommen als Zusatzsymptome Konzentrationsprobleme, vermindertes Selbstwert-

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag fokussiert ausschließlich auf die Epidemiologie unipolarer depressiver Störungen, aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist im Folgenden mit der Bezeichnung »Depressionen« nur diese Gruppe affektiver Störungen gemeint.

gefühl, Schuld- oder Wertlosigkeitsgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und Appetitverlust hinzu (WHO 1992).



**Abb. 1.1:** Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien; nach S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009).

Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland liegen meist strukturierte Interviews oder Screening-Fragebögen zur depressiven Symptomatik zugrunde. Besonders maßgeblich ist hierbei das Zusatzmodul »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98; Wittchen, Müller et al. 2000, Wittchen, Müller et al. 1999, Jacobi et al. 2002). Hierbei wurden über 4000 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren durch klinisch geschulte Interviewer mittels des standardisierten, auf den Kriterien der ICD-10 Munich-Composite International Diagnostic-Screener (CID-S; Wittchen, Höfler et al. 1999) untersucht. In den letzten Jahren fanden mehrere weitere telefonische Gesundheitssurveys statt (Kurth 2009). Aktuell wird zwischen 2009 und 2012 die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS; Kurth 2009) durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine Längsschnittstudie, die Teilnehmer des BGS98 einschließt und ebenfalls ein Zusatzmodul »Psychische Störungen« enthält.

### Prävalenz depressiver Störungen

Die 1-Jahres-Prävalenzraten depressiver Störungen bei Erwachsenen liegen in Deutschland sowie in den meisten anderen europäischen Ländern bei durchschnittlich 12 %; die Lebenszeitprävalenz, d. h. der Anteil von Personen, die mindestens einmal im Leben an einer depressiven Störung erkranken, ist mit 19 % fast doppelt so hoch. Bei etwa 60–75 % der Patienten ist davon auszugehen, dass ein rezidivierender Verlauf auftritt (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000). Eine Übersicht zu depressiven Störungen in Deutschland liegt mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Heft 51 »Depressive Erkrankungen« des Robert Koch Instituts vor, auf das im Folgenden u. a. Bezug genommen wird (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

### Inzidenz depressiver Störungen

Eine Depression kann in jedem Alter erstmalig auftreten. Dies ist bei Erwachsenen am häufigsten zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr der Fall. Vor dem 16. Lebensjahr erkranken vergleichsweise wenige Personen an einer depressiven Störung (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

### Risikofaktoren für depressive Störungen

Sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren stehen in einem Zusammenhang mit depressiven Störungen. So sind Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer betroffen (14 % vs. 8 %) (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000). Auch treten bei Frauen häufiger rezidivierende Depressionen als eine einzelne depressive Episode auf (6 % bzw. 5 %), während bei Männern umgekehrt 3 % an isolierten depressiven Episoden und lediglich 2 % an rezidivierenden Depression leiden. Darüber hinaus scheint der soziale Status für die Entwicklung einer depressiven Störung bedeutsam zu sein: So leiden Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger an depressiven Störungen als Personen mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus (Lampert et al. 2005). Auch das Lebens-

alter steht in engem Zusammenhang mit der Auftretenshäufigkeit von Depressionen; die entsprechenden Studienergebnisse werden im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt.

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigte sich außerdem, dass 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % der Personen mit Dysthymie mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen, die meist vor der Depression bestand und somit als Risikofaktor für die Entwicklung der Depression gesehen werden kann. Studien zeigen auch, dass psychische Belastungen und behandlungsbedürftige psychische Störungen häufige Begleiterscheinungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen sind. Diese Beeinträchtigungen sind nicht nur als Reaktion auf eine schwerwiegende körperliche Erkrankung zu verstehen, sondern sie sind in ein komplexes, miteinander interagierendes Beziehungsgefüge eingebunden (Härter 2000). Es ist daher umstritten, ob diese als Risikofaktoren für eine Depression gelten können (Wittchen, Schmidt-Kunz et al. 2000).

## **1.1 Prävalenz und Risikofaktoren depressiver Störungen über die Lebensspanne**

Im Folgenden werden die Prävalenzen depressiver Störungen in unterschiedlichen Abschnitten der Lebensspanne dargestellt (► Tab. 1.1 und ► Abb. 1.2).

### **Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre)**

Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 14 Jahren eher gering (2–3 %). Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren weisen hingegen eine ähnlich hohe Querschnittsprävalenz wie junge Erwachsene auf (Wittchen et al. 1998), wobei die Schätzungen zwischen 0,4 % (Steinhausen 1996) und 25 % (Lewinsohn et al. 1998) allerdings sehr stark schwanken. In Deutschland wurden in der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer 2007) über 2800 Familien mit Kindern oder Jugendlichen im Alter von 7–17 Jahren hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten untersucht. Eine depressive Symptomatik wurde hier anhand des Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) erfasst, wobei 5 % der Kinder und Jugendlichen ein auffälliges Ergebnis aufweisen.

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ähneln denen Erwachsener im Hinblick auf Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken. Allerdings weisen Kinder und Jugendliche häufiger Gereiztheit und Schuldgefühle sowie einen höheren Anteil an Suizidversuchen auf (Davison & Neale 1998). Häufig gehen Depressionen in dieser Altersgruppe mit Verhaltensauffälligkeiten einher, wodurch die Diagnose einer depressiven Störung erschwert wird. Diese mögliche Ursache für Unterschätzungen muss in der Diskussion um die relativ geringe Prävalenz von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen bedacht

werden. Geschlechterunterschiede scheinen erst nach der Pubertät aufzutreten, nach der mehr Mädchen als Jungen an Depression erkranken (Lehmkuhl et al. 2008). In der deutschen BELLA-Studie (Ravens-Sieberer 2007) fanden sich allerdings keine Geschlechterunterschiede in der Depressivität nach CES-DC.

### **Jüngere Erwachsene (18–39 Jahre)**

In der Gruppe der jüngeren Erwachsenen ist die 12-Monats-Prävalenz insgesamt höher als bei den unter 18-Jährigen. 9,5 % der 18- bis 29-Jährigen erkranken innerhalb eines Jahres an Depressionen, während dies bei 9,7 % der 30- bis 39-Jährigen der Fall ist. Unter den 18- bis 29-Jährigen erkranken 11,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer; unter den 30- bis 39-Jährigen betrifft dies 12,4 % der Frauen und 7,2 % der Männer (Wittchen, Schmidt kunz et al. 2000).

### **Erwachsene mittleren Alters (40–65 Jahre)**

Während die Depressionsprävalenz bei Männern mit wachsendem Alter nur geringfügig weiter ansteigt, erhöht sie sich bei Frauen mittleren Alters sehr deutlich. Insgesamt ist die 12-Monats-Prävalenz in der Gruppe der Erwachsenen mittleren Alters höher als in allen anderen Altersgruppen (12,4 % bei den 40- bis 49-Jährigen und 11,6 % bei den 50- bis 65-Jährigen). Dies ist fast ausschließlich auf die erhöhte Erkrankungshäufigkeit der Frauen in diesem Alter zurückzuführen, unter denen die 40- bis 49-Jährigen zu 16,6 % und die 50- bis 65-Jährigen zu 15,6 % an depressiven Störungen leiden. Die Männer mittleren Alters sind eher mit den jüngeren Erwachsenen (18–39 Jahre) vergleichbar, besonders die 50- bis 65-Jährigen mit 7,4 % von Depressionen Betroffenen. Nur die 40- bis 49-jährigen Männer haben mit 8,3 % eine gegenüber jüngeren und älteren Männern etwas erhöhte Depressionsprävalenz (Wittchen, Schmidt kunz et al. 2000).

Die steigende Zahl von Frauen mit einer depressiven Störung zwischen 46 und 65 Jahren könnte u. a. darin begründet sein, dass Frauen insgesamt häufiger von einer rezidivierenden depressiven Störung betroffen sind als Männer: Da das Ersterkrankungsalter bei durchschnittlich 31 Jahren liegt, würden chronische Verläufe einer Depression, d. h. häufige Rezidive, dazu führen, dass in höheren Altersgruppen der Anteil erkrankter Frauen steigt.

### **Ältere Erwachsene (ab ca. 60 Jahren)**

Wittchen, Schmidt kunz et al. (2000) berichten, dass die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen bei Personen über 60 Jahren im Bundes-Gesundheitssurvey sowie in vergleichbaren europäischen Studien deutlich niedriger als bei den Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters ausfällt. In jedem Fall ist die Depression neben der Demenz die häufigste psychische Störung bei alten Menschen (Linden et al. 1998). Im Alter sind wesentliche Lebensumstellungen wie die Berentung, vermehrte Gesundheitsbeschwerden und der Tod von Angehörigen und Freunden zu bewältigen. Bestimmte Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz und Parkinson, welche häufiger bei älteren Personen auftreten, korrelieren ebenfalls mit depres-

siven Störungen (Riedel et al. 2010). Daher wäre zu erwarten, dass im Alter zumindest bei unzureichenden Bewältigungsstrategien ein erhöhtes Depressionsrisiko besteht. Empirische Studien kommen allerdings eher zum gegenteiligen Ergebnis, nämlich dass Depressionen bei älteren Personen seltener als bei jüngeren sind. Dies könnte daran liegen, dass depressive Störungen im Alter andersartige Erscheinungsformen aufweisen und deshalb unterdiagnostiziert werden. Ältere Personen berichten meist nur bestimmte Arten von Beschwerden im Rahmen einer Depression, z.B. Schlafstörungen, innere Unruhe und Gereiztheit, welche nicht unbedingt zum typischen Bild depressiver Störungen gehören (Wittchen, Schmidt-kunz et al. 2000). Auch können kognitive Symptome wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei älteren Personen fälschlicherweise als Demenz interpretiert werden, welches im Begriff der Pseudodemenz zum Ausdruck kommt. Des Weiteren können Leistungs- und Motivationseinbußen bei älteren Erwachsenen teilweise unerkannt bleiben, weil die eigene Leistungsfähigkeit nicht mehr an den Anforderungen einer Arbeitstätigkeit gemessen wird.

Die Berliner Altersstudie (BASE) wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 516 Personen im Alter von 70 bis über 100 Jahren durchgeführt (Linden et al. 1998). Hierbei wurde eine psychiatrische Untersuchung in drei Sitzungen durchgeführt, in denen u.a. das Geriatric Mental State Interview (GMS-A; Copeland et al. 1986) eingesetzt wurde. Insgesamt erhielten 5,3 % dieser Altersgruppe die Diagnose einer Major Depression nach DSM-III-R. Die Zahl der spezifizierten Depressionen ist in der BASE-Studie bei den 70- bis 84-Jährigen am niedrigsten (3,9 %), nimmt bei den 85- bis 95-Jährigen stetig zu (8,5 % bei den 90- bis 94-Jährigen), um dann bei den über 95-Jährigen wieder auf 4,4 % zu sinken. Dahingegen erhielt ein weitaus höherer Anteil von 27 % (19 % Männer und 30 % Frauen) eine nicht spezifizierte Depressionsdiagnose nach erweiterten DSM-III-R-Kriterien. Leichte oder unterschwellige Depressionen sind bei älteren Erwachsenen besonders häufig (Wittchen, Schmidt-kunz et al. 2000).

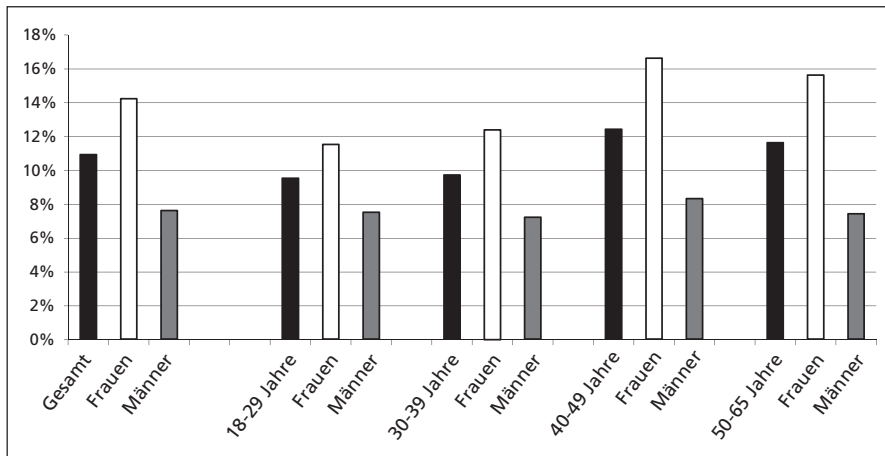
Des Weiteren wurde zwischen 2005 und 2007 in Berlin eine epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER; Wild et al. 2011) durchgeführt, die über 8200 Personen im Alter von 53 bis 80 Jahren mithilfe des Geriatric Depression Scale (GDS-15; Koehler et al. 2005) untersuchte. Hier wiesen insgesamt 16 % der Teilnehmer Werte im auffälligen Bereich auf. Die 53- bis 59-Jährigen hatten mit 21 % einen höheren Anteil an auffälligen Werten als die älteren Gruppen; die 65- bis 69-Jährigen wiesen hingegen mit 12,6 % den niedrigsten Anteil auf.

In der BASE-Studie erhielten Frauen mit 5,9 % etwa doppelt so häufig wie Männer (3,5 %) eine spezifizierte Depressionsdiagnose nach DSM-III-R. Dieser Geschlechterunterschied ist auch im Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) und im CES-D zu beobachten. Der Familienstand ist ein weiterer soziodemographischer Faktor, der in dieser Altersgruppe mit Depression korreliert: Verheiratete Personen sind nur etwa halb so oft von einer nicht spezifizierten Depression betroffen wie verwitwete, geschiedene oder ledige Personen. Dieser Zusammenhang ist bei Frauen stärker als bei Männern. Eine weitere Studie (Ernst & Angst 2008) fand, dass bis zu 50 % der in Heimen lebenden älteren Personen

depressive Symptome und zwischen 15 und 20 % schwere Depressionen aufweisen (Wittchen, Schmidt kunz et al. 2000).

**Tab. 1.1:** 12-Monats-Prävalenz affektiver Störungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung; nach BGS98.

Irgendeine depressive Störung <sup>2</sup>		Major Depression (MD)	MD, einzelne Episode	MD, rezidivierend	Dysthyme Störung
<b>Gesamt</b>	<b>10,9 %</b>	<b>8,3 %</b>	<b>4,3 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>4,5 %</b>
18–29 Jahre	9,5 %	8,0 %	4,7 %	3,4 %	2,7 %
30–39 Jahre	9,7 %	7,5 %	3,1 %	4,4 %	3,8 %
40–49 Jahre	12,3 %	9,8 %	5,4 %	4,4 %	5,3 %
50–65 Jahre	11,6 %	8,1 %	4,2 %	3,9 %	5,7 %
<b>Frauen</b>	<b>14,2 %</b>	<b>11,2 %</b>	<b>5,1 %</b>	<b>6,1 %</b>	<b>5,8 %</b>
18–29 Jahre	11,5 %	9,5 %	4,6 %	4,9 %	3,5 %
30–39 Jahre	12,4 %	10,0 %	3,5 %	6,5 %	4,7 %
40–49 Jahre	16,6 %	14,0 %	7,2 %	6,9 %	6,4 %
50–65 Jahre	15,6 %	11,3 %	5,4 %	5,9 %	7,6 %
<b>Männer</b>	<b>7,6 %</b>	<b>5,5 %</b>	<b>3,4 %</b>	<b>2,0 %</b>	<b>3,2 %</b>
18–29 Jahre	7,5 %	6,6 %	4,8 %	1,9 %	1,8 %
30–39 Jahre	7,2 %	5,1 %	2,8 %	2,3 %	3,0 %
40–49 Jahre	8,3 %	5,7 %	3,7 %	2,0 %	4,1 %
50–65 Jahre	7,4 %	4,8 %	2,9 %	1,9 %	3,8 %



**Abb. 1.2:** 12-Monats-Prävalenzen depressiver Störungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung; umfasst die Diagnosen: Major Depression (einzelne Episode oder rezidivierend) und/oder Dysthyme Störung; nach BGS98, zit. n. Wittchen, Schmidt kunz et al. (2000).

2 Major Depression (einzelne Episode oder wiederkehrend) und/oder Dysthyme Störung.

## 1.2 Nimmt die Häufigkeit depressiver Störungen in den letzten Jahren zu?

Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen der letzten Jahre erscheint es plausibel, eine Zunahme von Depressionen und psychischen Störungen allgemein zu vermuten. In den Industrienationen sind viele Lebensbereiche instabiler geworden: prekäre Arbeitsverhältnisse, geringere familiäre Kohäsion, Individualisierung, Urbanisierung und Globalisierung verändern grundlegend die Lebensumstände. Außerdem zeigen Berichte der Krankenkassen z. B., dass die Arbeitsunfähigkeitsrate aufgrund psychischer Störungen in Deutschland in den letzten ca. zehn Jahren stark zugenommen hat (Spießl & Jacobi 2008).

Querschnittsuntersuchungen, in denen Personen retrospektiv hinsichtlich depressiver Episoden in der eigenen Lebensgeschichte befragt wurden, zeigen tatsächlich eine weitaus größere Depressionshäufigkeit in den jüngeren Generationen, welches als »Geburtskohorteneffekt« bezeichnet wird (Wittchen, Schmidtke et al. 2000). Allerdings kann in Studien mit nur einem Messzeitpunkt nicht geklärt werden, welcher Anteil dieses Ergebnisses womöglich durch Erinnerungsdefizite bei den älteren Kohorten, in denen die Depression meist länger zurückliegt, zustande kommt (Compton et al. 2006). Auch könnten die Fähigkeit, depressive Symptome zu erkennen, und die Bereitschaft, diese zu berichten, in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt sein (Kessler et al. 2003).

Daher ist es zur Beurteilung der Frage der Prävalenzveränderung notwendig, solche Studien heranzuziehen, die vergleichbare Stichproben zu mindestens zwei Messzeitpunkten erfassen. Hierbei sollten die Studienpopulationen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten jeweils unterschiedliche Personen umfassen und die jeweiligen Studiendesigns inklusive der Instrumentarien möglichst identisch sein. Nach diesen Kriterien wurde eine systematische Literaturübersicht (Richter et al. 2008) durchgeführt, um die Frage zu klären, ob psychische Störungen insgesamt zunehmen. Unter den so ausgewählten Studien fanden sich acht Untersuchungen, die ausschließlich die Prävalenz von Depressionen zum Gegenstand hatten (Compton et al. 2006, Twenge & Nolen-Hoeksema 2002, Costello et al. 2006, Madianos & Stefanis 1992, Mattisson et al. 2005, Meertens et al. 2003, Goldney et al. 2007, Murphy et al. 2000) und die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen: Bei Kindern und Jugendlichen fand eine Studie (Twenge & Nolen-Hoeksema 2002) eine Abnahme der Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen zwischen 1980 und 1998 und eine Studie (Costello et al. 2006) fand keine Veränderung. Bei Erwachsenen fanden zwei Studien (Compton et al. 2006, Madianos & Stefanis 1992) eine Zunahme zwischen 1990 und 2001 bzw. zwischen 1978 und 1984, eine Studie (Mattisson et al. 2005) fand eine Abnahme zwischen 1972 und 1997 und zwei Studien (Meertens et al. 2003, Goldney et al. 2007) fanden keine Veränderung der Depressionsprävalenz zwischen 1998 und 2004 bzw. zwischen 1975 und 1996. Eine weitere Studie (Murphy et al. 2000) zeigte nur zwischen 1952 und 1970 eine Erhöhung der Prävalenzraten, während zwischen 1970 und 1992 keine Veränderungen resultierten.



Zwei Untersuchungen im US-amerikanischen Raum erfassten die 12-Monats-Prävalenzen anhand repräsentativer Bevölkerungsstichproben (Compton et al. 2006, Kessler et al. 2003). Das National Comorbidity Survey (NCS) wurde von 1900 bis 1992 durchgeführt und von 2001 bis 2002 repliziert (NCS-R) (Kessler et al. 2003). Der NCS untersuchte eine Stichprobe von Probanden im Alter von 15 bis 54 Jahren mithilfe einer modifizierten Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Robins et al. 1988) basierend auf DSM-III-R Kriterien und fand eine 12-Monats-Prävalenz von 8,6 % für Major Depression. Im NCS-R wurden über 9000 mindestens 18-jährige Personen mit einer erweiterten Version des CIDI nach DSM-IV Kriterien befragt. Hier wurde eine 12-Monats-Prävalenz von 6,6 % gefunden. Die Autoren diskutieren, dass diese Reduktion allerdings methodische Ursachen haben könnte, da die im NCS-R benutzte Version des CIDI Veränderungen gegenüber der älteren Form enthält, die auf eine erhöhte Spezifität und somit einer Verringerung der falsch-positiv eingestuft Personen abzielt. Ein weiterer methodischer Störfaktor ist die Unterschiedlichkeit der untersuchten Altersstufen. Der Ausschluss von Personen über 54 Jahren im NCS führt wahrscheinlich ebenfalls zu einer Überschätzung der Depressionsprävalenz in dieser Studie, da gerade ältere Personen niedrigere Depressionswerte aufzuweisen scheinen (Wittchen & Schmidt kunz 2000).

Viele der Kritikpunkte bezüglich des NCS und NCS-R werden in einer anderen großen (N = 42 862) US-amerikanischen Studie aufgegriffen. Das von 1991 bis 1992 durchgeführte National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) und seine von 2001 bis 2002 erfolgte Replikation, das National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), nutzten weitgehend vergleichbare Instrumente und Stichproben (Compton et al. 2006). Es wurden jeweils erwachsene Personen (18 Jahre und älter) anhand des Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule, DSM-IV Version (AUDADIS-IV) befragt, das auch die Kriterien einer Major Depression erfasst. Die 12-Monats-Prävalenz für eine Depression stieg in dieser Untersuchung von 3,3 % im NLAES auf 7,1 % im NESARC. Die Autoren diskutieren die Möglichkeit, dass die Bereitschaft, depressive Symptome zu berichten, sich womöglich durch massive Aufklärungskampagnen im Zeitraum zwischen den zwei Studien gesteigert haben könnte. Neben diesem Artefakt werden veränderte Umwelt-faktoren wie z.B. erhöhte Scheidungsraten und Veränderungen des Gesundheitssystems als Ursachen für eine reale Prävalenzvergrößerung in Betracht gezogen.

Während sich die Frage, ob die Prävalenz depressiver Störungen in den letzten Jahren zugenommen hat, insgesamt noch nicht abschließend beantworten lässt, gibt es wie oben beschrieben Hinweise, dass diese zumindest in den USA in den letzten Jahren tatsächlich gestiegen sein könnte (Compton et al. 2006). Bisher gibt es keine deutschen Studien, welche die oben beschriebenen Kriterien zur Untersuchung dieser Frage erfüllen. Hier wäre besonders eine Replikation des BGS98 daher interessant. Die aktuelle Längsschnittstudie DEGS ist nur z. T. geeignet, da ein Großteil der Probanden des BGS98 dort erneut untersucht werden (Kurth et al. 2009). Es werden hingegen repräsentative Querschnittsuntersuchungen zu mehreren Zeitpunkten mit unterschiedlichen, aber vergleichbaren Probanden und möglichst identischen Methoden benötigt.

Unabhängig davon, ob von eher gleichbleibender oder steigender Prävalenz auszugehen ist, stellen depressive Störungen eine der häufigsten und am meisten belastenden psychischen Erkrankungen dar. Die adäquate Versorgung von Menschen mit Depression stellt für das deutsche Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar: Insbesondere die Erkennungs- und Behandlungsraten bei diesen Störungen weisen einen großen Optimierungsbedarf auf. In jedem Fall ist es notwendig, das Gesundheitssystem weiter zu gestalten, um die schon jetzt hohe Anzahl an Depression erkrankter Patienten effektiv und effizient zu versorgen und somit große persönliche und gesamtgesellschaftliche Belastungen und Kosten zu reduzieren. Hier können neue integrierte Ansätze eine große Erfolgchance bieten, wie sie derzeit z. B. im Rahmen des Hamburger Netzwerks Psychische Gesundheit erprobt und evaluiert werden ([www.psychenet.de](http://www.psychenet.de)).

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association.
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF (2006): Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002. *American Journal of Psychiatry*; 163:2141–2147.
- Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM (1986): A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychological Medicine*; 16:89–99.
- Costello JE, Erkanli A, Angold A (2006): Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 47:1263–1271.
- Davison GC, Neale JM (1998): Klinische Psychologie. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- DGPPN B, KBV, AWMF, AkdÄ, BpK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 1 Aufl. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.
- Ernst C, Angst J (1995): Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 245:272–287.
- Goldney R, Fisher L, Dal Grande E, Taylor A, Hawthorne G (2007): Have education and publicity about depression made a difference? Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 41:38–53.
- Härter M (2000): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 50:274–286.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*; 34:594–611.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H (2002): Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the